ARTIGO ORIGINAL

O Sistema de Notificação VIVA como importante fonte de dados da Violência Infantil no Brasil: uma análise das notificações compulsórias do ano 2011

The Notification System VIVA as an important source of data on Child Violence in Brazil: an analysis of compulsory notifications for the year 2011

Suzana Maria Moreira Rates[1], Deborah Carvalho Malta[1], Elza Machado de Melo[1], Márcio Denis Medeiros Mascarenhas[1].

[1] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

Objetivo: a partir do Sistema VIVA, descrever e analisar as notificações de violências contra crianças entre zero e nove anos registradas pelos serviços públicos de saúde no Brasil. **Métodos:** utilizaram-se os dados do Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN) e foram calculadas as frequências de variáveis selecionadas segundo grupo etário (zero a um; dois a cinco, seis a nove anos) e razões de prevalências. **Resultados:** foram notificados 17.900 casos, 33% no grupo de zero a um ano, 35,8% no de dois a cinco anos e 31,2% no de seis a nove anos. A violência física predominou nos meninos de seis a nove anos. A violência sexual predominou em meninas, cor parda/negra, de seis a nove anos e com mais chances de ocorrer no domicílio; a violência psicológica predominou em meninas, cor parda/negra, de seis a nove anos, no domicílio; a negligência ocorreu mais entre meninos, zero a um ano sendo os pais os autores prevalentes. **Conclusão:** os resultados revelam a importância do Sistema VIVA como fonte de informação para o desenvolvimento de estudos que subsidiem o fortalecimento de rede de proteção social e do cuidado.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Epidemiologia; Violência Sexual.

ABSTRACT

Objective: *To describe and analyse violence reports against children from 0 to 9 years of age issued by the public health services in Brazil.* ***Methods:*** *The data used were extracted from the Surveillance of Violence and Injuries of Notifiable Diseases Information System (Viva-SINAN). The frequency of selected variables was calculated by age group (0-1; 2-5 and 6-9 years of age) as well as their Prevalence Ratios (PR).* ***Results:*** *17.900 cases were reported, 33% in group 0-1 years, 35,8% in 2-5 years and 31,2% in 6-9 years. The physical violence predominated in boys, 6-9 years old. Sexual violence predominated in girls, brown/black, 6-9 years and with more chance to occur at home; psychological violence prevailed in girls, brown/black, 6-9 years old, at home; negligence occurred more in boys; 0-1 years and their parents as the main aggressors.* ***Conclusion:*** *The results indicate the importance of VIVA System as a source of information for the development of studies that support the network strengthening social protection and care.*

Key words: *Domestic Violence; Child Abuse; Epidemiology; Sexual Violence.*

INTRODUÇÃO

A violência contra as crianças é antiga, universal e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública em todo o mundo e

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Suzana Maria Moreira Rates
E-mail: suzana.rates@hotmail.com

que afeta, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades.[1,2] Porém, a incorporação do tema à agenda do setor saúde iniciou-se na década de 60 e, mais fortemente, nas últimas duas décadas do século XX.[3] No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente[4] avançou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.[5] Mas sua dimensão real é desafio a ser superado pelas dificuldades em estabelecer as circunstâncias das ocorrências relativas às violências, pela falta de uniformidade e de integração dos registros bem como pelas diferenças conceituais nas tipologias.[6,7]

Scherer e Scherer[7] retratam a insuficiente formação dos profissionais bem como a necessidade de integração dos serviços de atendimento e de proteção às vítimas. A violência é fenômeno complexo, não sendo possível explicá-lo por meio de uma visão unilinear de causa e efeito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como "o uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

No Brasil, o Ministério da Saúde a conceitua como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. E a diferencia de acidente, por ser este de origem não intencional e evitável.[8] Quanto à sua natureza, a OMS a classifica como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono. As violências, mesmo quando não deixam marcas físicas evidentes, trazem sofrimentos psíquicos e afetivos que deixam profundos traumas para toda a existência.[1,9]

O uso da violência física como prática disciplinadora é abordado em vários estudos como um dos motivos para tamanha violação dos direitos das crianças.[10] As leis brasileiras vêm avançando sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano e na garantia dos direitos das crianças. A Constituição de 1988[11] e o Estatuto da Criança são importantes marcos nesse cenário. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com dois componentes: a) vigilância por inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados; b) vigilância contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas.[12]

A publicação da Portaria nº 104[13] tornou compulsória a notificação de todas as violências interpessoais e autoprovocadas. O presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violências contra as crianças com até nove anos, 11 meses e 29 dias de idade, nos serviços públicos de saúde do Brasil, analisando algumas características selecionadas e os tipos de violências sofridas pelas crianças.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-analítico baseado nas notificações de violência em crianças na faixa etária entre zero e nove anos, ocorridas no Brasil no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011 do VIVA. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação própria disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatórios especializados, entre outros, são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde dos locais de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e há, posteriormente, a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal para comporem a base de dados nacional.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para avaliação: a) características da vítima/pessoa atendida (sexo, idade, raça/cor da pele); b) características da ocorrência (se ocorrido no domicílio, violência de repetição); c) tipo de violência; d) características do agressor (vínculo com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica). A associação entre as variáveis selecionadas e os grupos etários de crianças (zero a um ano, dois a cinco e seis a nove anos de idade) foi verificada por meio do teste do qui-quadrado ($\chi2$). Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se as razões de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. Os dados foram processados no programa *Stata* e obtidos no Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Em 2011, o VIVA/SINAN registrou 17.900 casos de violência contra a criança com nove anos ou menos, sendo 33% entre zero e um ano, 35,8% entre dois e cinco anos e 31,2% entre seis e nove anos. As meninas apresentaram mais frequência dos registros, seja globalmente (54,3%), seja na análise por grupos etários ($p<0,001$).

Quanto à cor da pele, as proporções da cor branca e negra/parda são semelhantes. Dos tipos de violência, as predominantes foram a negligência (n = 7.716; 47,5%), seguidas das violências física (n = 5.969, 38,5%), sexual (n = 5.675, 37%) e psicológica/moral (n = 3.772; 25,2%).

A violência física predominou entre crianças de seis a nove anos (44,9%) seguida pelo grupo etário de zero a um ano (37,6%; p < 0,001). A violência sexual foi mais frequente entre as crianças de seis a nove anos (52,3%) e menos entre zero a um ano (11,3%; p < 0,001). A negligência foi mais frequente em crianças menores de zero a um ano (67,8%; p < 0,001) e a violência psicológica predominou no grupo de crianças entre seis e nove anos (38,2%; p < 0,001). Em relação aos agressores, apurou-se que os pais foram os principais autores da agressão (51,5%). Em 23,8% dos casos foi relatada a suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão, sendo essa proporção mais elevada no grupo de seis a nove anos (26,3%; p < 0,001). Quanto às características do evento, 73,6% dos casos ocorreram no domicílio da vítima. Em 43,6% dos casos a violência foi de repetição e essa proporção foi

Tabela 1 - Notificações de violência contra crianças segundo tipo de violência e características do agressor por faixa etária. Brasil, 2011

Características	Faixa etária (anos)								Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		Total		
	(N = 5.909; 33,0%)		(N = 6.401; 35,8%)		(N = 5.590; 31,2%)		(N = 17.900; 100,0%)		
Sexo das vítimas [n = 17.900]									
Feminino	3.066	51,9	3.564	55,7	3.093	55,3	9.723	*54,3*	0,000
Masculino	2.843	48,1	2.837	44,3	2.497	44,7	8.177	*45,7*	
Raça/cor da pele das vítimas									
Branco	2.235	51,8	2.551	50,4	2.049	45,6	6.835	*49,3*	0,000
Preto/pardo	2.019	46,8	2.439	48,2	2.361	52,6	6.819	*49,2*	
Amarelo/indígena	65	1,7	71	1,4	83	1,9	219	*1,6*	
Tipo de violência sofrida									
Física	1.863	37,6	1.863	33,5	2.243	44,9	5.969	*38,5*	0,000
Psicológica/moral	608	12,9	1.311	24,3	1.853	38,2	3.772	*25,2*	0,000
Tortura	90	2,0	79	1,5	168	3,6	337	*2,3*	0,000
Sexual	534	11,3	2.521	44,9	2.620	52,3	5.675	*37,0*	0,000
Financeira/econômica	44	0,9	34	0,6	41	0,9	119	*0,8*	0,206
Negligência	3.729	67,8	2.575	44,6	1.412	28,4	7.716	*47,5*	0,000
Trabalho infantil	6	0,1	17	0,3	38	0,8	61	*0,4*	0,000
Intervenção legal	22	0,5	18	0,3	22	0,5	62	*0,4*	0,504
Outros	285	6,2	179	3,5	112	2,5	576	*4,0*	0,000
Pais como agressores *[17.900]									
Sim	3.686	62,4	3.138	49,0	2.402	43,0	9.226	*51,5*	0,000
Não	2.223	37,6	3.263	51,0	3.188	57,0	8.674	*48,5*	
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor [9.280]									
Sim	749	26,1	652	19,7	811	26,3	2.212	*23,8*	0,000
Não	2.126	74,0	2.665	80,3	2.277	73,7	7.068	*76,2*	
Ocorrência no domicílio [n = 15.655]									
Sim	3.536	69,8	4.322	77,5	3.661	73,0	11.519	*73,6*	0,000
Não	1.527	30,2	1.252	22,5	1.357	27,0	4.136	*26,4*	
Violência de repetição [n = 10.568]									
Sim	1.083	35,4	1.463	39,7	2.057	53,8	4.603	*43,6*	0,000
Não	1.980	64,6	2.219	60,3	1.766	46,2	5.965	*56,4*	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). * Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta.

maior entre as crianças de seis a nove anos (53,8%; p < 0,001 (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violências contra crianças segundo características selecionadas. Verifica-se que a violência física predominou entre meninos (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), sendo maior entre os de seis a nove anos (RP 1,19; IC 95%: 1,12-1,27) e menor entre os de dois a cinco anos (RP 0,89; IC 95%: 0,83-0,95); outros que não os pais foram os mais prevalentes autores da agressão. O relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi o mais prevalente (RP 1,36; IC 95%: 1,27-1,47).

A violência sexual predominou em meninas, da cor parda/negra (RP 1,12; IC 95%: 1,06-1,19), sendo a maior chance no grupo de seis a nove anos (RP 4,63; IC 95%: 4,22-5,08), seguida de dois a cinco anos (RP 3,97; IC 95%: 3,62-4,36). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,38; IC 95%: 1,29-1,48), os mais prevalentes autores da agressão foram outros que não os pais e a maior chance foi de ser de repetição (RP 1,44; IC 95%: 1,35-1,54).

A violência psicológica predominou em meninas; de cor parda/negra (RP 1,10; IC 95%: 1,03-1,18), com mais chances no grupo de seis a nove anos (RP 2,95; IC 95%: 2,69-3,23). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,40; IC 95%: 1,29-1,53.

O relato de ingestão de bebida alcóolica pelo agressor foi maior do que o da não ingestão (RP 1,92; IC 95%: 1,77-2,10) e maior a chance de ser ocorrência de repetição (RP 2,62; IC 95%: 2,42-2,84).

A negligência ocorreu mais entre meninos (RP 1,33; IC 95%: 1,27-1,39), sem distinção de raça e com mais chance de ocorrer em crianças de zero a um ano. Foi mais frequente fora do domicílio e, em geral, os autores mais prevalentes foram os pais (RP 2,60, IC 95%: 2,47-

Tabela 2 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Sexo								
Feminino	34,9	1,00	28,8	1,00	48,4	1,00	41,3	1,00
Masculino	42,7	1,22 (1,16-1,28)	20,9	0,72 (0,68-0,77)	22,7	0,47 (0,44-0,50)	54,8	1,33 (1,27-1,39)
Raça/cor da pele								
Branco	36,8	1,00	25,1	1,00	36,3	1,00	43,9	1,00
Preto/pardo	39,2	1,06 (1,00-1,13)	27,6	1,10 (1,03-1,18)	40,9	1,12 (1,06-1,19)	44,2	1,01 (0,96-1,06)
Amarelo/indígena	37,0	1,00 (0,79-1,27)	27,5	1,10 (0,83-1,45)	44,7	1,23 (0,99-1,52)	40,3	0,92 (0,73-1,15)
Faixa etária (anos)								
0 a 1	37,6	1,00	12,9	1,00	11,3	1,00	67,8	1,00
2 a 5	33,5	0,89 (0,83-0,95)	24,3	1,88 (1,71-2,07)	44,9	3,97 (3,62-4,36)	44,6	0,66 (0,63-0,69)
6 a 9	44,9	1,19 (1,12-1,27)	38,2	2,95 (2,69-3,23)	52,3	4,63 (4,22-5,08)	28,4	0,42 (0,39-0,44)
Ocorrência no domicílio								
Não	37,5	1,00	20,1	1,00	28,1	1,00	53,0	1,00
Sim	38,0	1,01 (0,95-1,08)	28,2	1,40 (1,29-1,53)	38,8	1,38 (1,29-1,48)	44,9	0,85 (0,80-0,89)
Pais[a] como agressores								
Não	43,6	1,00	26,5	1,00	53,7	1,00	25,7	1,00
Sim	33,3	0,76 (0,73-0,80)	24,0	0,90 (0,85-0,96)	20,0	0,37 (0,32-0,40)	66,7	2,60 (2,47-2,74)
Violência de repetição								
Não	39,5	1,00	16,8	1,00	31,2	1,00	45,5	1,00
Sim	41,9	1,06 (1,00-1,13)	44,1	2,62 (2,42-2,84)	45,0	1,44 (1,35-1,54)	35,8	0,79 (0,74-0,84)
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor								
Não	35,9	1,00	22,1	1,00	33,8	1,00	46,2	1,00
Sim	49,0	1,36 (1,27-1,47)	42,5	1,92 (1,77-2,10)	35,8	1,06 (0,97-1,15)	37,8	0,82 (0,76-0,89)

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). *) Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito (p < 0,05).

2,74). Esse tipo de violência não se caracterizou como ocorrência de repetição (RP 0,79; IC 95%: 0,74-0,84).

DISCUSSÃO

Este estudo busca compreender a violência contra a criança segundo seus tipos e determinantes e contribuir para o desenvolvimento de ações de proteção às vítimas. A maior frequência das violências ocorreu no ambiente doméstico, em meninas, sendo os pais os agressores mais frequentes. A violência como evento de repetição apresentou expressivo índice e o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor foi relatado em um quarto dos casos. A negligência foi o tipo mais notificado, seguida pela física, sexual e a psicológica.

Quando analisadas as chances de ocorrer, das características selecionadas em relação aos tipos de violência verificou-se que a negligência e a violência física têm mais chance de ocorrer em meninos e a sexual e psicológica em meninas. Esses resultados remetem a reflexões sobre a dialética da violência. Se a mulher e a menina – por uma questão das relações de sexo impostas transculturalmente – sofrem mais determinados tipos de violências (como a sexual), são os homens e os meninos – pelo universo masculino e sua simbologia do poder – os mais expostos e suscetíveis a outros tipos de violência, como a física, sendo as maiores vítimas das agressões e da violência urbana.[1,14-16]

Ainda que o fenômeno da violência abranja diferentes segmentos sociais e raça, é a população negra a maior vítima das iniquidades sociais e econômicas.[17] A literatura nacional e internacional corrobora o resultado encontrado de ser o ambiente doméstico *locus* privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticadas.[1,9,18] Quando se analisam as chances de serem os pais os principais agressores, essa maior chance é encontrada na negligência.

Não foram analisados, neste estudo, os vínculos de amigos e outros vínculos de parentescos. Esses dados vêm ao encontro do que registra a literatura, ou seja, o lar que deveria proteger e educar torna-se palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância,[1,9,10]

A chance de o uso de álcool pelo agressor ser relatado pelas vítimas foi maior em todos os tipos de violência, exceto na negligência. O consumo de álcool pelo agressor é um fator de risco frequentemente descrito na literatura.[19]

A violência física ocorreu mais entre crianças maiores (de seis a nove anos), do sexo masculino; e a violência sexual no estudo teve mais probabilidade de ocorrer entre as meninas de seis a nove anos. A literatura descreve serem os meninos os que mais sofrem violência física e com mais chance de aumentar à medida que crescem.[1,15,20,21]

A violência psicológica apresentou mais chance em meninas, de cor negra/parda e aumenta com a idade.[20,21] Porém, a importante subnotificação ainda existente nos serviços[14] constitui um dos principais limites do presente estudo, o que reforça a necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para identificar casos ocultados. Alguns profissionais sentem-se constrangidos diante de algumas situações de violações[10], outros não percebem os sinais das violências, pois os motivos reportados para o atendimento são mascarados. E há, ainda, os que se sentem ameaçados e preferem não se expor.[10] Distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato torna-se fundamental para o reconhecimento do esforço de uma unidade que melhor notifica.[9]

CONCLUSÃO

Se a origem da história da violência remonta ao período pré-civilizatório, sua desconstrução demanda conscientização e comprometimento de toda sociedade diante das iniquidades do mundo contemporâneo. Os direitos ligados à infância e juventude estão expressos em constituições e declarações por todo o mundo. Porém, a universalização da garantia desses direitos é uma busca de movimentos sociais, profissionais ligados à área e de toda população.

A saúde, nesse contexto, assume importante papel na construção de políticas e de redes intersetoriais (sistema jurídico, educação, saúde, assistência social, entre outros) para potencializar e incrementar ações de proteção e de promoção à qualidade de vida em sua abrangência individual e coletiva.[8] O Sistema de Notificação VIVA é potente ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade da violência.. O debate ampliado com toda a sociedade é o caminho para avançar na construção de uma sociedade mais justa, em que a garantia do direito à vida e da cidadania seja para todas as crianças.

COLABORADORES

DC Malta, SMM Rates, EM Melo (trabalharam na concepção e no delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão do artigo e na revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada.) e MDM Mascarenhas, trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na análise dos dados e aprovou a versão a ser publicada.

NOTA

Este artigo é resumo da dissetação apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre. Título da dissertação: VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS, 2011 Orientadora: Prof[a]. Déborah Carvalho Malta, coorientadora: Prof[a]. Elza Machado de Melo.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;11(Sup):1259-67.
4. Presidência da Republica (BR). Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial, 16 jul. 1990, p. 13563.
5. Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; 2010.
6. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência Saúde Coletiva. 2006;11(supl.):1163-78.
7. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(5):22-9.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. DOU nº 96, Seção 1, 18 maio 2001.
9. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43-77.
10. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saúde Pública. 1994;10(Supl. 1):177-87.
11. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, 05 out. 1988, p. 1, anexo.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 164 p.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, 26 jan. 2011, seção I, p. 37, col. 2.
14. Gomes R, Minayo MCS, Souza ER. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-40.
15. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macario EM. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1669-79.
16. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS, *et al*. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avançosalcançados e desafios futuros. Lancet. 2011;5:75-89.
17. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
18. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):323-32.
19. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, *et al*. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(6):400-8.
20. Rates SMM, Melo EMD, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(3):655-65.
21. Rates SMM. R233v Violência infantil no Brasil: uma análise das notificações compulsórias, 2011 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2014. 110f.